REVUE

DE MÉDECINE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

EXTRAIT

Par M. le Doct Vaillard

Du Sarcome Primitif, des Ganglions etc

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C[ie]

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

Au coin de la rue Hautefeuille

DU SARCOME PRIMITIF
DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Par le Dr VAILLARD,
Médecin-major de seconde classe.

Nous avons recueilli naguère à l'hôpital Saint-André de Bordeaux un exemple bien précis de sarcome primitif et généralisé des ganglions lymphatiques. Les faits de ce genre ont été rarement soumis à l'attention des observateurs ; aussi notre savant maître, le professeur Pitres, qui occupait alors la chaire d'anatomie générale a-t-il bien voulu nous engager à publier cette observation en lui adjoignant les quelques documents qui s'y rapportent.

Observation [1]. — Dehard, garde forestier à La Teste, âgé de trente-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-André le 21 octobre 1879.

Antécédents héréditaires absolument nuls ; ses parents directs sont morts à un âge très avancé, le père d'une hémorrhagie cérébrale, la mère d'une pneumonie.

Antécédents pathologiques. — Le malade a toujours été d'une constitution faible et débile. Très sujet aux angines et aux maux d'yeux pendant les premières années de sa jeunesse, il a été atteint vers l'âge de dix-huit ans d'un impétigo de la face à la suite duquel était resté un engorgement ganglionnaire du cou qui disparut au bout de quelques mois sans traitement. Puis sa santé s'est améliorée et il a pu satisfaire aux exigences du service militaire sans jamais être malade, jusqu'au moment où il commença à se livrer aux excès de boissons. Alors il s'enivrait fréquemment avec du vin blanc ou de l'eau-de-vie, et bientôt il présenta tous les signes de l'alcoolisme chronique : tremblement des membres supérieurs, gastrite avec pituites le matin et inappétence habituelle, insomnie, faiblesse générale. De ce fait même, il fut traité dans un hôpital militaire.

Amélioré physiquement, mais non corrigé, Dehard quitta le régiment

1. Observation communiqnée à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

pour rentrer dans la vie civile. Employé comme homme d'équipe au chemin de fer il continua ses excès de boissons ; le tremblement, la gastrite, la faiblesse générale reviennent, et, après 18 mois, il est obligé de quitter un métier trop fatigant pour ses forces amoindries. Dehard va alors, comme garde forestier, à La Teste, où il est depuis dix ans. Là, les excès de boissons continuent, mais avec moins d'intensité ; les troubles digestifs s'amoindrissent sans disparaître toutefois, car son appétit est médiocre, et les vomissements pituiteux reviennent par périodes ; il persiste toujours un léger tremblement des mains.

Sur ces entrefaites, il contracte une fièvre intermittente tierce qui dure neuf mois. Il continue à habiter ce foyer d'infection sans se soumettre aux prescriptions hygiéniques et surtout sans renoncer à boire ; aussi chaque année la fièvre d'accès revenait pendant une période variable de deux à cinq et même sept mois. Le malade s'anémiait de plus en plus, et rien ne le soutenait, dit-il, que le vin.

Débuts de la maladie. — Il y a deux mois environ, sans cause bien appréciable, Dehard éprouva une faiblesse plus grande que de coutume avec une anorexie invincible et des vomissements bilieux. Pensant améliorer son état, il prit un purgatif auquel il attribue tous ses accidents. Depuis lors, en effet, il éprouva dans tout le ventre une douleur profonde, sourde, étalée, continuelle, avec des exacerbations pongitives d'une acuité extrême. Cette douleur s'accompagnait d'une constipation tenace et de vomissements bilieux; la pression, les mouvements, la marche l'exagéraient. Les digestions déterminaient un accroissement de souffrance; aussi le malade mangeait le moins possible. Les nuits étaient sans sommeil, les forces déclinaient sans cesse et Dehard fut obligé de s'aliter définitivement dans les premiers jours d'octobre. A ce moment il reconnut manifestement que son ventre avait augmenté de volume, car l'amaigrissement général était progressif et son pantalon devenait de plus en plus étroit ; l'abdomen était dur et tendu, les jambes s'infiltraient, des syncopes survenaient à plusieurs reprises dans la journée. Cette phase de la maladie, avait évolué dans l'apyrexie complète sauf pendant les quelques jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital.

Etat du malade au moment de son entrée (21 octobre 1879). — Dès que l'on regarde le malade, on est frappé tout d'abord par son état cachectique, par le volume du ventre et par les tumeurs encore peu développées qui déforment les régions sous-maxillaire, cervicale et axillaire gauches.

Dehard est maigre, abattu, vacillant sur ses jambes et d'une débilité considérable qui le préoccupe par-dessus tout. La peau est d'un jaune terreux, sèche, rugueuse, mal nourrie. La face exprime la souffrance; les traits sont tirés, les yeux atones, les muqueuses décolorées.

Le ventre contraste par son volume avec le reste du corps ; il est légèrement étalé dans les flancs tout en faisant sur la ligne médiane une saillie globuleuse assez prononcée. La percussion y dénote la présence d'une quantité notoire de liquide mobile, facilement déplaçable et qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'abdomen est

dans toute son étendue le siège d'une douleur spontanée diffuse, continuelle, avec des redoublements irréguliers ; vers l'hypogastre la souffrance prend un tel caractère d'acuité que le malade en est accablé et ne peut goûter aucun sommeil. La pression est très impatiemment supportée ; aussi, en raison de ce fait et du degré de tension des parois, la palpation devient difficile et ne dénote rien autre chose qu'une sorte de masse dure, mate, située au-dessous du paquet intestinal, vers la région moyenne du ventre et particulièrement dirigée à gauche.

Sur la paroi abdominale on voit une circulation veineuse très développée. Autour de l'ombilic existe un réseau en couronne formé de veines de la grosseur d'une plume d'oie ; le réseau se réunit à des vaisseaux dilatés qui montent parallèlement à la ligne blanche et parcourent la région thoracique jusqu'aux clavicules. Les flancs sont également sillonnés par des veines volumineuses partant du pli de l'aine.

Les membres inférieurs sont modérément œdématiés jusqu'à leur racine ; la partie postérieure du tronc est aussi infiltrée de sérosité.

Tumeurs ganglionnaires. — Les tumeurs ganglionnaires que l'on observe sur diverses régions se sont développées très rapidement dans l'espace de quelques jours.

Au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche existe un petit groupe de ganglions dont le plus gros atteint le volume d'une noix. La région cervicale est bosselée par de petites masses arrondies, isolées, dures, roulant sous le doigt, de grosseurs inégales, mais ne dépassant pas en général celle d'une amande. Dans la région cervicale droite, on trouve aussi une série de six ganglions isolés et plus petits.

Les ganglions axillaires gauches sont volumineux, durs, rapprochés les uns des autres et forment dans leur ensemble une masse de la grosseur d'une mandarine qui gêne les mouvements du membre. Le malade n'a remarqué la présence de ces derniers que deux jours avant son entrée à l'hôpital. L'aisselle droite présente un même groupe de ganglions bien moins développés cependant.

Dans la région inguino-crurale gauche on remarque d'abord, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, une tumeur dure, superficielle, roulant sous le doigt, non douloureuse, de la grosseur d'une noix et qui n'est encore qu'un ganglion hypertrophié. Au-dessous du ligament existe un groupe de petits ganglions qui remplissent tout le triangle crural ; le même fait se reproduit à droite, mais les ganglions y sont encore plus petits.

Cette hypertrophie ganglionnaire, quelle que soit la région où on l'envisage, se présente partout avec des caractères identiques ; elle est constituée par des tumeurs arrondies, de consistance squirrheuse, isolées, mobiles, ne présentant jamais d'adhérences avec la peau et non douloureuses.

Les ganglions post-cervicaux, mylo-hyoidiens, pré-auriculaires, épitrochléens, poplités, etc., ne présentent aucune altération.

La peau du corps n'offre de tumeur en aucun point.

Fonctions digestives. — Depuis quelques semaines l'inappétence est absolue. Pas de vomissements et de douleurs gastriques; pas d'hématémèse, ni de mélœna, ni d'épistaxis. La constipation est habituelle.

Le toucher rectal ne dénote rien d'anormal.

Foie. — Un peu douloureux à la pression, ne dépasse pas les fausses côtes, paraît au contraire un peu diminué dans son diamètre mamelonnaire. — Pas d'ictère.

Rate. — Très développée dans le sens transversal; commence en avant à l'épigastre et se poursuit en arrière par la percussion jusque près de la colonne vertébrale; elle manifeste une légère douleur à la percussion.

Appareil urinaire. — Miction normale; l'urine, foncée en couleur, ne présente ni éléments figurés, ni albumine, ni sucre, ni pus. Pas de tumeur au testicule.

Appareil circulatoire. — Le volume du cœur est normal ; ses battements sont réguliers dans leur timbre et leur rhythme. Le sang examiné au microscope a été trouvé normal; les hématies et les leucocytes ne présentent aucune altération appréciable ; le rapport numérique entre les globules rouges et blancs n'est en aucune façon modifié.

Appareil respiratoire. — La respiration, un peu fréquente, s'effectue vingt-six fois par minute, mais régulièrement. Les contours du thorax sont égaux des deux côtés, et l'exploration ne révèle qu'une zone de matité au sommet droit en arrière, le long de la colonne vertébrale et sur une étendue de quatre travers de doigt ; une zone de matité existe également en avant de chaque côté de l'extrémité supérieure du sternum. En ces points, la respiration est soufflante. Ces symptômes permettent de soupçonner une tuméfaction des ganglions péribronchiques.

La phonation est normale.

Il n'existe pas de fièvre continue, mais vers le soir le malade éprouve depuis quelques jours un mouvement fébrile suivi pendant la nuit de sueurs abondantes.

Marche de la maladie. — Les jours suivants, la faiblesse s'accentue, la fièvre du soir est plus marquée (38° 8), les masses ganglionnaires augmentent de volume, et d'autres se montrent dans les régions où il n'en existait point. Ainsi dans le creux sus-claviculaire droit on constate le 23 octobre trois petits ganglions isolés qui bientôt deviennent plus gros, comblent la région et forment sous la peau un relief du volume d'une petite pomme. De même, dans la région cervicale superficielle et profonde, les masses existantes ont pris plus de développement, et cela avec une rapidité surprenante.

Le 24, apparaissent cinq petites boules dans le creux sus-claviculaire gauche. Dans l'aisselle gauche le gonflement des tumeurs est devenu considérable, au point que le malade est obligé de tenir son bras écarté du tronc ; en outre au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle la peau est soulevée par une masse ganglionnaire. La présence de ces tumeurs dans la région des vaisseaux devient une cause de gêne pour la circula-

tion veineuse qui se traduit par la dilatation des veines sous-cutanées de l'épaule et du bras.

27. — La fièvre devient continue, oscille le matin autour de 38° et le soir atteint, dépasse même 39°. Le gonflement des ganglions péribronchiques paraît augmenter en avant ; la matité notée de chaque côté du sternum descend jusqu'à l'insertion de la quatrième côte ; la respiration est plus accélérée, à 36, mais sans accès de dyspnée.

1er *novembre*. — Les masses ganglionnaires ont subi une augmentation lente, progressive, prononcée surtout dans l'aisselle gauche. Epistaxis légère ; pas d'hémorrhagies par les gencives, les urines ni les selles. Le ventre augmente de volume sans que l'ascite prenne une grande part à cette distension. Constipation opinâtre. L'œdème des membres inférieurs augmente. Râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des poumons ; toux légère.

8 *novembre*. — L'ascite s'accroît et remonte jusqu'à l'ombilic ; l'œdème des jambes distend fortement la peau. Les masses ganglionnaires sont stationnaires dans l'état précédent. Mais la fièvre se maintient matin et soir à 39° et au delà, et s'accompagne constamment de sueurs profuses. La respiration devient plus fréquente et difficile (42 inspirations par minute). Les râles de bronchite sont plus nombreux, plus fins, et se mêlent à des râles sous-crépitants à bulles fines, disséminés en foyers où l'on perçoit un souffle léger.

Progressivement l'asphyxie se prononce, et le malade meurt le 12 novembre.

L'*autopsie* est pratiquée vingt-quatre heures après la mort ; la rigidité cadavérique est encore prononcée, et il n'existe pas de signes de putréfaction.

Les membres inférieurs jusqu'à leur racine et la partie postérieure du tronc sont fortement œdématiés, également des deux côtés. Le ventre est volumineux.

L'incision de la paroi abdominale donne issue à deux litres environ d'une sérosité citrine, limpide. Pas de péritonite récente ou ancienne. Le tube digestif examiné dans toute son étendue ne présente absolument aucune altération. Mais, après l'ablation du paquet intestinal, on découvre au niveau de l'insertion du mésentère et au-devant de la colonne vertébrale une tumeur d'un gris rosé, du volume d'une tête d'adulte s'étendant depuis la septième dorsale jusqu'à l'angle sacro-vertébral et débordant de chaque côté de l'axe osseux. Cette tumeur bosselée semble formée par l'agglomération d'un grand nombre de masses ganglionnaires, adhérentes les unes aux autres et qu'il est impossible de séparer. Elle est assez dure, rénitente, sans présenter toutefois la résistance squirrheuse. Cette masse a son siège entre les feuillets du mésentère et pousse des prolongements dans tous les sens sous forme de petites masses isolées qui arrivent en certains points jusqu'à l'insertion du mésentère sur l'intestin. Cette tumeur entoure la veine-cave à laquelle elle adhère et qu'elle enserre en l'aplatissant ; mais nulle part elle ne traverse sa paroi.

La tumeur résiste un peu à la coupe sans crier sous le scalpel; elle montre alors une tranche d'un blanc rosé, lisse, régulière, sans points ramollis, sans poches kystiques ni hémorrhagies. La pression et le grattage ne donnent qu'un suc très minime et presque transparent. L'enveloppe de cette tumeur est peu épaisse.

Dans le petit bassin on trouve aussi trois petites masses ganglionnaires isolées et présentant les mêmes caractères que la précédente.

Toutes les tumeurs ganglionnaires reconnues pendant la vie sont mises à nu. Leurs caractères macroscopiques sont absolument identiques à ceux de la masse abdominale.

Les ganglions péribronchiques sont très augmentés de volume, particulièrement autour de la bronche droite, et forment une masse de la grosseur du poing qui se relie avec des ganglions isolés dans le médiastin. Sous la plèvre droite existe un petit ganglion du volume d'une noisette.

Foie. — Le volume et la forme du foie sont normaux; sa surface est lisse, et des coupes nombreuses ne décèlent qu'un peu de dégénérescence graisseuse. Mais sur la face antérieure du lobe gauche existe une petite tumeur superficielle, arrondie, du volume d'une grosse noisette, blanchâtre, dure, nettement séparée du parenchyme par un bord bien limité, et qui à la coupe présente les mêmes caractères que les tumeurs ganglionnaires.

Rate. — La rate, très augmentée de volume, est absolument farcie à sa surface comme dans sa profondeur de nodules blanc rosé, lisses, fermes, non ramollis, de grosseurs très variées et ressemblant absolument à la tumeur du foie. De ces nodules, les uns sont du volume d'un pois; les autres, les plus nombreux, ne sont pas plus gros que des grains de millet ou des granulations tuberculeuses miliaires. Et ces productions sont tellement denses et serrées qu'elles sont à peine séparées par des parties saines. Le pancréas, les poumons, le corps thyroïde, le cœur, les reins, la vessie sont absolument sains.

La colonne vertébrale examinée avec attention ne présente aucune altération : le tissu osseux mis à découvert dans sa plus grande partie a paru également sain.

Cerveau normal.

Examen microscopique. — L'examen microscopique a été fait sous le contrôle de M. le professeur Pitres au laboratoire d'anatomie générale; il a porté sur divers ganglions et sur les tumeurs secondaires du foie et de la rate. Les coupes ont été pratiquées sur les pièces durcies par l'action successive de l'alcool, de la gomme et de l'alcool, colorées par le picro-carminate ou la purpurine, puis montées dans la glycérine.

Des fragments de ganglions avaient été placés pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers; le produit du raclage, dissocié dans le picro-carminate d'ammoniaque, a montré les éléments figurés suivants :

1° Des cellules de forme sphérique et de volumes différents : les unes très petites, réduites presque à un noyau vivement coloré par le carmin qu'entoure une zone à peine visible de protoplasma; les autres d'un

diamètre plus grand, pourvues d'un noyau nucléolé au milieu d'une masse protoplasmique assez abondante ; beaucoup de ces cellules volumineuses contiennent deux ou trois noyaux.

2° Des cellules ovoïdes ou polyédriques, en général plus grandes encore que les précédentes, avec un gros noyau unique à plusieurs nucléoles brillants ; quelques-unes contiennent de la graisse.

3° Des cellules fusiformes en grand nombre.

4° On rencontre quelquefois des cellules très irrégulières de forme, volumineuses, à un ou deux noyaux et dont le protoplasma est coloré par des granulations pigmentaires jaunes.

Ganglions. — Sur les coupes des ganglions examinés, on ne retrouve rien de la structure normale de ces organes ; il est impossible de distinguer la substance folliculaire de la substance caverneuse. La capsule est très légèrement épaissie.

A part quelques rares traînées conjonctives autour des gros vaisseaux, la coupe présente uniquement des éléments cellulaires séparés en général par une très mince couche de matière amorphe. Ces éléments cellulaires sont très variés dans leur forme et leurs dimensions : les uns sont sphériques, petits, réduits presque à leur noyau ; les autres sont formés d'un gros noyau à plusieurs nucléoles et entourés d'une mince couche de protoplasma ; ailleurs ce sont des cellules volumineuses, arrondies, avec un gros noyau unique ou bien deux trois, noyaux plus petits ; ce sont enfin des cellules ovoïdes, triangulaires, polyédriques. Au milieu de ces éléments on trouve aussi de grandes lames protoplasmiques, granuleuses, claires, pourvues d'un noyau et qui paraissent être des cellules plates ou des cellules endothéliales gonflées.

A côté de cette disposition cellulaire qui constitue le fait général on trouve des points où les éléments affectent la disposition fasciculée ; ils sont allongés, fusiformes, immédiatement au contact, de façon à former des faisceaux. La disposition en tourbillons n'est nulle part très apparente.

Les vaisseaux, même d'un certain volume, sont absolument dépourvus de parois propres et se présentent à l'état de canaux ou de lacunes creusés dans les éléments cellulaires.

Certains points de la coupe paraissent en voie de transformation graisseuse, se colorent peu et présentent des cristaux blancs de graisse disposés en aiguilles réfringentes.

Des coupes de ganglions faites après l'action successive de l'alcool au tiers, de la gomme et de l'alcool ont été traitées par le pinceau ; cette manœuvre longtemps pratiquée n'a jamais décelé l'existence du tissu réticulé ; non seulement il n'y avait pas de réticulum hypertrophié, mais on n'a pu trouver trace du réticulum normal.

De ces détails, le diagnostic histologique ressort nettement : il s'agit d'un *sarcome pur* des ganglions.

Tumeur du foie. — Sur des coupes larges, comprenant à la fois les portions saines du foie et la tumeur, on voit que cette dernière est

limitée à sa périphérie par des lignes courbes, régulièrement arrondies et bien arrêtées ; aussi la transition du tissu altéré au parenchyme apparaît-elle très nette. La néoplasie englobe dans son intérieur quelques débris de la glande sous forme de bandes, dė traînées ramifiées ou d'amas isolés.

La tumeur elle-même est uniquement composée d'éléments cellulaires identiques à ceux des ganglions lymphatiques, sphériques, ovoïdes, fusiformes et disposés de la même façon. Dans son intérieur on rencontre encore quelques rares travées conjonctives n'affectant aucune disposition alvéolaire. On y voit aussi des points graisseux avec des cristaux aiguillés d'acides gras.

Les vaisseaux n'ont pas de parois propres et sont en rapport immédiat avec les éléments cellulaires.

Des coupes, traitées par le pinceau, ne présentent aucune apparence de réticulum.

Rate. — Les noyaux multiples qui ont envahi la rate se sont développés indistinctement dans ses diverses parties constituantes, les follicules aussi bien que la substance caverneuse; mais cette dernière paraît être de beaucoup la plus atteinte.

Ces tumeurs présentent une structure histologique absolument semblable à celles des ganglions et du foie. Elles sont encore formées d'éléments cellulaires très divers : petites cellules sphériques ; grandes cellules rondes à un seul noyau volumineux ; cellules irrégulières, polyédriques, à un ou deux noyaux ; grandes cellules à noyaux multiples (cinq, six et même sept noyaux) ; cellules fusiformes. Tous ces éléments sont juxtaposés sans stroma ou réticulum appréciable, même après l'action prolongée du pinceau.

Partout les vaisseaux de la tumeur sont à parois purement cellulaires, et l'on voit même des artères volumineuses dont les tuniques sont infiltrées de noyaux arrondis vivement colorés par le carmin. Une particularité intéressante démontre même avec netteté la propagation du sarcome par les vaisseaux; dans les pionts où le sarcome débute, il se décèle par une artériole infiltrée d'éléments embryonnaires. Ainsi certains follicules encore intacts présentent leur artère centrale sarcomateuse ; sur un autre, la néoplasie a gagné autour du vaisseau et lui forme une couronne plus ou moins étendue. Ainsi, de proche en proche, on suit l'envahissement excentrique du follicule.

En résumé, dans cette affection à sièges multiples, la localisation primitive doit être placée dans les ganglions mésentériques, en raison de la marche clinique, du début des symptômes par l'abdomen, et du volume considérable de la tumeur formée en ce point. Les autres ganglions se sont développés ultérieurement pendant le séjour du malade à l'hôpital ; le noyau du foie semble contemporain de ces derniers. Les néoformations miliaires de la rate sont, sans nul doute,

de date très récente et paraissent remonter à ce moment où la tumeur primitive s'est généralisée.

Au point de vue histologique le diagnostic des tumeurs ganglionnaires découle naturellement des détails précédents, et l'absence de tout réticulum permet de le formuler : *sarcome pur fuso-cellulaire* D'autre part la nature des tumeurs secondaires vient confirmer cette détermination avec plus de certitude. En effet, le travail pathologique qui préside à toute formation secondaire est identique à celui qui donne lieu à la tumeur primitive. Or les lésions du foie et de la rate appartiennent au type des sarcomes vrais; le diagnostic *sarcome* reste donc bien établi.

Réflexions. — Les tumeurs dites *sarcomateuses* qui se développent primitivement dans les ganglions lymphatiques comprennent deux grandes variétés qui, en raison de leur structure anatomique, méritent d'être nettement différenciées. L'une, relativement fréquente, constitue un groupe intermédiaire entre les hypertrophies ganglionnaires simples et le sarcome vrai : c'est le *lymphosarcome;* l'autre, de beaucoup plus rare, admise seulement à titre de probabilité par certains auteurs, est le *sarcome pur.*

Le lympho-sarcome a reçu son nom de Virchow. On peut avec Ranvier et Malassez, le définir histologiquement « une tumeur composée de tissu lymphatique et d'éléments regardés comme sarcomateux ». Sa caractéristique, en effet, est de présenter dans un réticulum, plus ou moins semblable au réticulum normal, des éléments cellulaires qui par leur variété et leur diversité d'aspect, semblent différencier la lésion du lymphadénome pur. « Ces cellules, dit Ranvier [1], sont de forme et de volume différents ; les unes, sphériques, petites, mesurent de 4 à 7 millièmes de millimètre. Elles sont granuleuses, et, traitées par l'acide acétique, elles deviennent transparentes et laissent apercevoir dans leur intérieur un, deux ou trois petits noyaux. Les autres, et ce sont les plus nombreuses, sont plates ou polyédriques; leur volume très considérable varie entre 15, 20 et même 23 millièmes de millimètre. Parmi les cellules les plus petites ont un seul noyau ; les plus grandes en ont deux, trois et quelquefois quatre. Ces noyaux sont ronds ou ovoïdes et mesurent 9 millièmes en moyenne ; ils contiennent un ou plusieurs nucléoles, ronds ou allongés et assez volumineux. »

Longtemps confondu avec les autres gonflements ganglionnaires sous le nom de *scrofules* ou de *strumes*, ce genre de tumeurs fut d'abord séparé par les Allemands, qui le désignèrent successivement

1. Ranvier, *Société de chirurgie*, 1872, p. 238.

sous les noms de *sarcome scrofuleux* (Langenbeck), *sarcome glandulaire*, *sarcome lymphadénoïde* (Rinfleisch), *adéno-sarcome* (Billroth), *lympho-sarcome* (Virchow). Ces dénominations dénotaient chez ces auteurs une tendance bien manifeste à ranger cette altération dans le groupe des sarcomes. En France, Ranvier [1] et Malassez l'envisageaient tout autrement. De la comparaison des *lymphadénomes purs* et des tumeurs dites *lympho-sarcomes,* il ressortait pour eux « qu'il y avait entre ces deux variétés de tumeurs plus de caractères communs que de caractères différentiels. Toutes deux en effet sont construites sur le type lymphatique : réticulum d'une part, cellules de l'autre, les différences ne portant que sur le développement plus ou moins considérable de l'un ou l'autre de ces éléments. » D'autre part, la présence des corps cellulaires qui donnent à certaines de ces tumeurs un aspect sarcomateux perd toute sa valeur si, avec Malassez [2], on considère ces grandes cellules comme une modification par hypertrophie des éléments normaux du tissu lymphatique. Et de fait elles se retrouvent avec les mêmes caractères dans des altérations ganglionnaires absolument dissemblables, mais où l'hyperplasie est en jeu. Ainsi, dans l'adénite syphilitique, Cornil [3] a décrit des cellules possédant un gros noyau rond ou ovoïde, des grandes cellules polynucléaires; de même, dans l'adénite tuberculeuse, il a rencontré des cellules lymphatiques tuméfiées à gros noyau ovoïde bourgeonnant et de grandes cellules à plusieurs noyaux. Dès lors, ne semble-t-il pas avéré que, dans les ganglions lymphatiques, quelle que soit la nature du processus hyperplasique qui les altère, les éléments cellulaires peuvent présenter des modifications absolument identiques, qu'il s'agisse d'adénites simples, d'adénites spécifiques, ou bien encore de ces productions à évolution maligne qui se généralisent rapidement, récidivent après l'ablation et déterminent dans les organes différenciés des néoplasies similaires.

En vertu de cette notion, le *lympho-sarcome* perd la caractéristique que la physionomie de ses éléments cellulaires lui avait fait attribuer, et il vient se ranger naturellement à côté des *lymphadénomes* dont on peut alors avec Ranvier et Malassez [4] établir deux variétés : 1° *lymphadénome à type pur* où l'hyperplasie porte également sur les divers éléments du ganglion, tout en conservant la proportion du tissu normal; 2° *lymphadénome s'écartant plus ou moins de la*

1. Ranvier, *loc. cit.*, p. 239.
2. Malassez, *Société anatomique*, 1872, p. 66.
3. Cornil, *Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1878).
4. Ranvier et Malassez, *loc. cit.*

structure normale des ganglions. Si le tissu réticulaire devient le siège prédominant de l'hyperplasie aux dépens de l'élément cellulaire qui tend à disparaître, il s'agit alors du *lymphadénome à gros réticulum* (lympho-sarcome à forme dure de Virchow) [1]. Que si au contraire l'altération cellulaire devient le fait saillant et se caractérise par la présence de cellules plus volumineuses que les corpuscules lymphatiques normaux, alors on a affaire au *lymphadénome à grosses cellules* (lympho-sarcome mou de Virchow). Ces deux variétés constitueraient en outre pour ces auteurs une seule famille morbide traduisant les manifestations diverses d'une même maladie, la *lymphadénie*, qui engloberait ainsi les cas dits d'adénie, d'anémie lymphatique, de diathèse lymphogène, de maladie de Hodgkin.

Y a-t-il lieu d'étendre encore le domaine du lymphadénome ainsi compris et d'adjoindre aux variétés anatomiques qui le constituent le sarcome primitif des ganglions, ainsi que tend à le faire Humbert dans sa thèse d'agrégation ? « Depuis que nous connaissons le lympho-sarcome, dit-il, je ne vois pas de raison nécessaire pour admettre encore un sarcome primitif des ganglions lymphatiques, très rare, disent les auteurs, qui pourtant ne laissent pas que de le signaler.... Pour nous *lymphosarcome et sarcome primitif auront donc absolument la même signification.* » Quelque utilité qu'il y ait à simplifier on ne saurait cependant violenter les affinités au point de réunir des faits que séparent de profondes différences. Le lympho-sarcome n'est en réalité qu'une variante du lymphadénome ; or lymphadénome et sarcome répondent à des types de structure absolument dissemblables dont les caractères ressortent de la définition même qui leur est appliquée. Le premier est constitué par le tissu adénoïde de His englobant dans ses mailles des éléments cellulaires de formes variables ; la persistance de ce réticulum normal ou hypertrophié établit le propre de sa physionomie distinctive et sa constatation devient le critérium qui sert à fixer la détermination de la tumeur. Le sarcome est constitué « par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières manisfestations pour devenir du tissu adulte........ ; dans le sarcome, les cellules se touchent ou sont simplement séparées par une matière amorphe. » (Cornil et Ranvier.)

En présence de types aussi tranchés l'hésitation devient difficile ; toute tumeur à réticulum ne saurait être qu'une variété lymphadénique, et le sarcome ne peut s'accommoder d'un tissu réticulaire puisque les éléments qui le composent sont au contact ou englobés dans une substance amorphe.

1. Virchow, *Traité des tumeurs*, tome III, p. 175.
2. Humbert, *Des néoplasmes des ganglions lymphatiques*, thèse agrég., 1878, p. 66.

Aussi la confusion que veut introduire Humbert nous semble-t-elle totalement illégitime. Toute considération clinique étant mise à part, on ne peut, sur le terrain de l'histologie, réunir au même titre le type *sarcome* et la variété dite *lympho-sarcome;* leur développement est distinct, leur configuration est différente et leur séparation facile à établir.

Il y aurait même avantage à supprimer définitivement de la nomenclature le terme défectueux de *lympho-sarcome* qui prête à l'erreur en attribuant à la tumeur ganglionnaire désignée une nature qu'elle ne comporte pas. Le *lympho-sarcome* n'est pas un sarcome; il appartient à la classe des *lymphadénomes* dont les variétés établies par Ranvier et Malassez suffisent à spécifier tous les cas : *lymphadénome à type pur; lymphadénome à gros réticulum; lymphadénome à grosses cellules.*

Ainsi devrait-on réserver uniquement le nom de *sarcome* aux tumeurs revêtant les caractères propres au cas que nous avons étudié.

Le sarcome constitue en réalité une affection peu commune des ganglions lymphatiques. Ces organes sont exceptionnellement le siège de néoplasies de ce genre et ne présentent même qu'une propension très minime à se prendre secondairement; aussi est-il habituel de voir le système lymphatique indemne dans les cas de sarcome métastatique. « Il existe, dit Virchow [1], une certaine particularité qui distingue précisément le sarcome parmi les productions malignes, savoir : la *fréquente immunité des glandes lymphatiques*. Dans des cas assez communs les organes plus éloignés tels que les poumons, le foie, deviennent malades sans que les glandes lymphatiques intermédiaires présentent la même altération....... Une autre observation conforme à celle-ci apprend qu'on ne connaît presque pas de cas où les vaisseaux lymphatiques aient été trouvés largement remplis de masse sarcomateuse. » — « Les ganglions lymphatiques ont encore une plus faible tendance à devenir primitivement sarcomateux. Dans certains cas désignés comme tels la tumeur primitive située dans une autre partie peut avoir échappé à l'observation; dans d'autres quand on ne pouvait plus reconnaître le véritable tissu mère ou l'organe primitivement atteint, on s'est contenté de supposer le point de départ dans une glande lymphatique..... Cependant je n'entends pas nier absolument qu'il puisse y avoir primitivement de véritable sarcome dans les glandes lymphatiques. » (Virchow[2])

1. Virchow, *Pathologie des tumeurs*, tome II, p. 251.
2. Virchow, *Pathologie des tumeurs*, tome II, p. 369.

« On observe aussi, dit Billroth [1], dans les glandes appartenant au système lymphatique des sarcomes vrais par suite d'infection provenant de sarcomes primitifs ; cependant ces cas sont rares ; les sarcomes idiopathiques des glandes lymphatiques sont encore plus rares. »

Cornil et Ranvier, dans leur ouvrage d'anatomie pathologique, ne mentionnent même pas le sarcome primitif des ganglions et les autres traités parmi les plus récents les passent également sous silence.

Toutefois les faits de ce genre ne sont pas tellement exceptionnels qu'ils n'aient pu être observés. Ainsi sont-ils signalés par Handfield Jones et Sieveking [2]. « A côté des tumeurs appelées lymphosarcomes, disent-ils, de nouvelles tumeurs peuvent survenir dans les glandes lymphatiques ayant les caractères du sarcome vrai à cellules rondes ou fusiformes. Les glandes rétro-péritonéales au voisinage de la tête du pancréas sont, et non très rarement, le siège de tumeurs de cette nature, lesquelles affectent alors secondairement le foie. D'autres tumeurs semblables surviennent dans les glandes cervicales et axillaires. Elles peuvent également donner naissance à l'envahissement des parties voisines et même se reproduire secondairement dans les organes éloignés, quelquefois par embolie, car ces tumeurs perforent fréquemment les parois veineuses. » Winiwarter [3] a observé également le sarcome vrai primitif des ganglions lymphatiques uniquement formé de cellules rondes ou fusiformes ; mais il le désigne sous le nom de lympho-sarcome, afin de le différencier des lymphomes malins constitués par les tumeurs à réticulum.

Les exemples que nous avons pu rencontrer dans les divers recueils ou les comptes rendus des Sociétés savantes sont assez rares et se réduisent à trois ; encore deux d'entre eux manquent-ils de détails histologiques suffisants. Cependant nous avons cru utile de les réunir.

1° *Société anatomique*, 1867, page 521 :

« M. Hubert, externe des hôpitaux, fait voir une masse ganglionnaire située en avant de la trachée et recueillie chez un homme de quarante ans, mort dans le service de Béhier, à la Pitié. Cette tumeur avait amené une saillie notable du sternum et la compression de la trachée avait donné lieu à la production d'un souffle bronchique. La

1. Billroth, *Pathologie chirurgicale générale*, p. 755.

2. *Manual of pathological Anatomy*, by Handfield Jones et Edward Sieveking, 2e édition, 1875, p. 425.

3. Winiwarter, *Du lymphome malin et du lympho-sarcome* (*Arch. f. Klinik. Chirurg.*, vol. XVIII, 1875, analysé dans *Archives générales de méd.*, 1877).

mort eut lieu par asphyxie avec des signes de compression de la veine-cave supérieure. En dehors d'un épanchement pleural, on ne constate rien du côté des poumons.

« Ch. Bouchard, qui a examiné la pièce au microscope, pense que cette tumeur est un sarcome pur ayant envahi primitivement les ganglions du médiastin. »

Le compte rendu de ce fait est trop écourté et la description histologique en est trop concise pour qu'il soit permis de l'accepter sans réserves. Ainsi il n'est nullement fait mention de la recherche du réticulum, et le fait est d'une importance capitale dans le cas actuel, car rien n'est plus facile que de confondre le sarcome vrai avec la variété à grosses cellules du lymphadénome. Souvent en effet le tissu paraît uniquement constitué par des éléments cellulaires au contact affectant en certains points une disposition fasciculée. On y trouve en maint endroit ces vaisseaux à parois embryonnaires qui constituent une des caractéristiques du sarcome vrai. Mais par le lavage au pinceau les éléments cellulaires disparaissent et on se trouve en présence d'une trame conjonctive absolument semblable à celle des ganglions lymphatiques. A défaut de cette recherche, le diagnostic histologique formulé par Bouchard doit être considéré comme douteux.

2° *Observation* recueillie dans le service de Vulpian par Menetret, externe des hôpitaux, et rapportée par Goglioso [1] :

« Pendant la vie, M. le professeur Béhier avait fait le diagnostic de pleurésie cancéreuse.

« Lésions à l'œil nu :

« *Cavité thoracique.* — A gauche, rien ; à droite, solidification générale de toute l'étendue du poumon par pneumonie interstitielle. Dans le lobe inférieur, une masse considérable du volume d'un œuf, arrondie, mamelonnée et paraissant, à un examen superficiel, comme enkystée. Dans d'autres points de ce lobe, deux ou trois petites tumeurs analogues à la grosse. Au premier abord ces tumeurs éveillent l'idée d'un cancer.

« Dans le médiastin, masse pultacée, pulpeuse, presque liquide, rougeâtre (bouillie pultacée), qui s'est écoulée au moment de l'autopsie, d'où il est resté une caverne.

« Les ganglions sont gonflés, hypertrophiés, indurés le long de la trachée jusqu'au sternum. L'œsophage était adhérent par sa partie postérieure à l'aorte et par sa partie latérale à la bouillie pultacée, avec laquelle il communiquait par une perforation. Dans le péri-

1. Goglioso, *Histoire du lympho-sarcome vrai*, thèse de Paris, 1874.

carde, trace des lésions d'une péricardite hémorrhagique. Dans l'abdomen, on voit des masses d'aspect cancéreux : 1° dans le lobe droit du foie, masse arrondie presque aussi volumineuse que celle du poumon, mamelonnée ; 2° au-dessous du péritoine, près de l'appendice xyphoïde, ganglion hypertrophié ; 3° dans le rein droit, deux petites masses indurées.

« *Examen anatomique des tumeurs du poumon droit.* — Elles sont constituées par du tissu blanchâtre, un peu rosé, faisant saillie sur la coupe ; vascularisation assez riche par places. Sur le bord de cette tumeur, tissu pulmonaire condensé ce qui donne aux tumeurs l'aspect enkysté.

« *Examen microscopique.* — Tissu constitué par une trame et des éléments anatomiques. La trame est du tissu connectivo-vasculaire. Les éléments anatomiques sont de petites cellules de la grosseur des globules blancs. Elles sont très nombreuses, arrondies, avec un gros noyau granuleux et présentant un ou deux nucléoles; on trouve aussi des cellules allongées, fusiformes, avec des noyaux ovalaires, granuleux. En outre, on voit une masse de noyaux libres de 10 à 12 millièmes de millimètre. En réalité ces noyaux sont de véritables cellules entourées de protoplasma.

« Tels sont les éléments que l'on voit sur un raclage au microscope. Sur une coupe, on voit des agglomérations de cellules séparées par le tissu conjonctif, quelquefois par des vaisseaux. Ces cellules ne sont pas au contact direct comme des pavés, mais elles sont séparées les unes des autres par une substance intercellulaire plus ou moins granuleuse, transparente (amorphe).

« *Diagnostic.* — Par l'examen microscopique, on arrive au diagnostic : tumeur sarcomateuse à cellules rondes. On n'a pas affaire évidemment à un cancer vrai ni à un épithéliome. Les tumeurs du foie et des reins sont de même nature que celles du poumon. Ces tumeurs sont-elles le résultat d'un développement isolé ou simultané, ou bien y en a-t-il une primitive ? Et, dans ce cas, quelle est-elle ? On n'a jamais rencontré de sarcome primitif dans le foie, ni dans le rein, ni dans le péritoine ; dans le poumon, ils ne sont pas authentiques.

« Quant à la perforation de l'œsophage, M. Vulpian pense qu'elle est consécutive et résulte de l'extension de la tumeur médiastine, bien que les cancers primitifs de l'œsophage soient fréquents.

« Restent les tumeurs du médiastin. M. Vulpian pense que c'est là que la tumeur s'est développée primitivement. Les ganglions se seraient d'abord hypertrophiés; ils auraient formé des tumeurs

arrondies qui se sont ajoutées les unes aux autres ; puis il se sont ramollis et ont fourni la bouillie pultacée. »

Dans ce fait encore, la brièveté des détails histologiques enlève à l'observation la valeur qu'elle pourrait avoir. Aucune mention n'est faite de l'examen des ganglions lymphatiques et rien n'indique que la présence d'un réticulum ait été recherchée ; puis il n'est aucunement parlé de l'état des vaisseaux qui parcouraient la tumeur, et l'on sait que la structure des vaisseaux est le seul caractère qui, dans certaines circonstances, permette de différencier le sarcome vrai de certaines variétés du carcinome, et cela d'autant plus que l'examen histologique décrit des agglomérations de cellules séparées par du tissu conjonctif. Enfin la localisation primitive du sarcome dans les ganglions (si sarcome il y a) est absolument hypothètique. La seule observation authentique de sarcome des ganglions lymphatiques est celle que Ladmiral a présentée à la Société anatomique et dont MM. Renaut et Malassez ont déterminé la structure histologique.

3° *Tumeur fibro-plastique très volumineuse du mésentère, développée probablement dans les ganglions lymphatiques*, par Ladmiral, externe des hôpitaux [1].

« C.... François, âgé de soixante ans, employé des ponts et chaussées, entre le 23 septembre 1874, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Jérôme (service de M. Duguet). Il vient réclamer des soins pour une *tumeur du ventre* dont le développement récent, mais assez rapide, lui cause de sérieuses inquiétudes. Cet homme paraît d'une constitution vigoureuse. Petit, sec, brun, il paraît n'avoir que quarante-cinq à cinquante ans au plus. Né dans le midi de la France, non loin des Pyrénées, il raconte qu'il a toujours joui d'une excellente santé. Il fit le siège de Rome, y gagna la fièvre intermittente dont il fut bien guéri, et il n'indique comme accidents vénériens que des blennorrhagies sans complications. Depuis qu'il a cessé d'être soldat il n'a fait aucune maladie importante et il a ralenti sensiblement les quelques excès de boissons auxquels il se livrait étant militaire. Toutefois il aurait eu l'an dernier une petite pleurésie du côté gauche.

« Il y a trois mois, il vint une première fois à la consultation de l'hôpital. Depuis quelque temps il avait remarqué, par hasard, que son ventre renfermait une masse assez dure et il avait été frappé par l'accroissement progressif de cette masse, bien qu'il conservât son embonpoint, son appétit et ses forces. La tumeur était parfaitement indolente; mais des vomissements s'étaient déclarés la veille

1. *Société anatomique*, 1874, p. 638.

et avaient déterminé le malade à venir demander conseil. Autant qu'on en put juger rapidement et en raison du bon état de santé générale on s'arrêta volontiers à l'idée d'un *kyste hydatique du foie ou de la rate*. Les vomissements se calmèrent, et le malade resta chez lui pendant trois mois sans être autrement incommodé par sa tumeur.

« Depuis quelques jours les vomissements s'étant montrés de nouveau, verdâtres, réitérés et abondants, le malade vint le 23 septembre pour rester à l'hôpital. Son appétit, ses forces et son embonpoint avaient diminué notablement, disait-il, depuis quelques jours seulement.

L'examen minutieux du ventre permet à M. Duguet de reconnaître qu'une énorme tumeur occupe au moins toute la moitié supérieure de la cavité abdominale ; la région ombilicale est fortement soulevée et le soulèvement s'étend aux hypochondres, à droite comme à gauche. Au contraire, la région sous-ombilicale est plate; elle renferme toutes les anses intestinales, sans aucune trace d'épanchement péritonéal.

« Tandis que la portion inférieure du ventre est souple et sonore, la portion supérieure est rénitente, dure et mate dans presque toute son étendue. La matité de la tumeur est confondue d'une part avec celle du foie, au niveau et en dehors de la vésicule dans une étendue de trois à quatre travers de doigt, d'autre part avec celle de la rate qui semble lui faire suite directement; vers la région ombilicale cette matité gagne en hauteur sans envahir toutefois la région épigastrique qui reste sonore. L'estomac se trouve ainsi compris dans une sorte de concavité formée par cette tumeur qui va de la rate au foie en s'incurvant pour ainsi dire en anse sous l'estomac.

« La palpation qui est facile, en raison de l'indolence absolue de la région malade, fait reconnaître que cette tumeur est ferme, de consistance élastique, glissant assez facilement sous la paroi abdominale et s'enfonce profondément vers la colonne vertébrale ; à droite elle paraît en connexion étroite avec la face inféreure du foie, à gauche avec l'extrémité inférieure de la rate ; il est impossible d'y trouver une fluctuation évidente. Arrondie d'une façon générale et allongée transversalement, la tumeur semble constituée par la réunion de trois masses secondaires, légèrement convexes, séparées par des sillons assez superficiels mais reconnaissables.

« Il existerait ainsi une tumeur centrale grosse environ comme la tête d'un nouveau-né, occupant le voisinage de l'ombilic, et deux tumeurs latérales moins volumineuses ayant les connexions susindiquées.

« Les limites du foie et de la rate recherchées avec soin démontrent d'ailleurs que ces deux organes n'ont subi aucun déplacement ni aucune augmentation de volume.

« La palpation du creux épigastrique produit un bruit de glou-glou indiquant que l'estomac distendu et entouré de toutes parts contient à la fois des gaz et des liquides. L'examen clinique a été complètement négatif au point de vue de tous les autres organes.

« Où siégeait cette tumeur? quelle en était la nature? Telles furent les deux questions que se posa M. Duguet.

« Mettant de côté le rein, en raison de la proéminence de la tumeur en avant et sur le milieu et en raison de l'absence de troubles quelconques dans les fonctions de l'appareil urinaire, on devait songer au *foie*, la *rate* ou au *péritoine*.

« Le foie avait conservé ses dimensions habituelles et il ne pouvait guère avoir que des rapports de contact par sa face inférieure avec la tumeur. Point d'ictère.

La rate, bien que confondue par en bas avec la tumeur, ne remontait point plus haut que d'ordinaire ; les fièvres intermittentes dont le malade avait été atteint il y a trente ans n'avaient point laissé de traces. Il était donc probable que la tumeur n'avait pris naissance ni dans le foie ni dans la rate.

« Restait le péritoine, soit le mésentère, soit l'épiploon. L'intestin, dont les fonctions avaient toujours été bonnes ne pouvait être mis en cause surtout pour une tumeur d'un aussi grand volume. Celle-ci, développée dans le péritoine, avait dû se mettre en rapport avec le foie et la rate en suivant les épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique. Ce fut aussi l'opinion de M. Siredey.

« Il était plus difficile encore d'en déterminer la nature; une ponction exploratrice fut décidée; elle fut faite le 26 avec l'explorateur Castiaux, au centre de la masse centrale à un centimètre et demi à gauche de l'ombilic. La pénétration se fit comme dans une masse charnue, et il ne sortit aucun liquide ; l'aiguille avait pénétré à plus de 6 centimètres de profondeur. L'idée d'un kyste hydatique fut dès lors éloignée. Etait-ce un cancer? Mais l'absence de douleurs soit spontanées soit à la pression, l'absence de tout liquide dans le péritoine, l'absence surtout de la cachexie cancéreuse étaient autant de motifs qui empêchèrent d'admettre résolument le cancer : on s'arrêta donc à l'idée d'une *tumeur charnue*, mais inattaquable.

« 27. — Continuation des vomissements malgré l'administration de la glace, de bouillons et boissons glacées et d'une potion de Rivière.

« 29. — Les forces diminuent visiblement, la voix se couvre. Point de douleurs dans l'abdomen, même au niveau de la piqûre.

« 30. — Les vomissements bilieux continuent; vésicatoire volant au creux épigastrique, soif vive, traits altérés, voix presque éteinte.

« 1er *octobre*. — Les forces s'en vont rapidement, les extrémités deviennent froides et bleuâtres, le malade a conscience d'une fin prochaine et meurt en effet dans l'après-mid à trois heures.

« *Autopsie*, trente heures après la mort. — Rigidité cadavérique très prononcée. A l'ouverture de l'abdomen on trouve une énorme tumeur charnue, rosée, avec des lobes et les contours qu'on lui avait exactement trouvés durant la vie.

« Soulevant la paroi antérieure de l'abdomen elle repose sur la colonne vertébrale ; simplement en contact avec la face inférieure du foie ainsi qu'avec l'extrémité inférieure de la rate, elle a légèrement refoulé ces deux organes en haut et en arrière; son bord supérieur concave embrasse tout l'estomac qui est dilaté, contient encore beaucoup de bile à peu près pure, mais dont les orifices sont libres et la structure normale.

« Recouverte par le grand tablier épiploïque mince mais encore graisseux, la tumeur a pour point de départ le mésentère lui-même; elle comprime, à droite, le duodénum au-dessous de l'ampoule de Water, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à mesure qu'elle s'écoulait dans l'intestin. Le reste de l'intestin n'offre rien à indiquer ; le gros intestin est refoulé en bas et en avant; le côlon transverse contient seul une petite tumeur aplatie, grosse comme une forte lentille, saillante à la face interne, paraissant développée sur la muqueuse; en un point, cet intestin a contracté quelques adhérences avec la face antérieure de la tumeur. Ganglions mésentériques plus développés au voisinage de la tumeur.

« Foie présentant son développement et sa teinte habituels; quelques petits kystes crétacés sont disséminés le long des canaux biliaires dans l'intérieur du parenchyme. Vésicule petite, ratatinée sur un calcul allongé, gros comme le doigt, unique, bien que présentant une facette plane à chacune de ses extrémités. Les parois de la vésicule sont enflammées chroniquement.

« Rate normale, pancréas et reins n'offrant rien à noter. Il en est de même des organes contenus dans le thorax. A gauche il existe des adhérences pleurales assez fortes, reliquats de la pleurésie récente. Rien au cœur.

« La tumeur paraît formée par le développement simultané de trois glandes mésentériques fortement accolées; du moins, on ne voit pas quel autre point de départ on pourrait invoquer. Au niveau de la piqûre on trouve sur le péritoine une petite ligne grisâtre, mais il

n'y a pas trace de péritonite au pourtour. Impossible de retrouver profondément dans la masse le trajet suivi par l'aiguille. Le poids de la tumeur est d'environ huit à neuf livres.

« A la coupe on lui trouva une fermeté, une consistance qui rappelle exactement celle des myomes utérins. Il existe une enveloppe fibreuse peu épaisse; il existe au-dessous une substance d'un gris rosé, charnue; puis, au centre, on arrive sur un tissu jaunâtre qui forme un noyau occupant une grande partie de la tumeur; ce noyau jaunâtre n'est pas arrondi à sa périphérie, il se termine en s'épanouissant pour ainsi dire sous forme de rayons qui pénètrent plus ou moins profondément du centre à la périphérie de la substance corticale rosée. Tous ces tissus semblent peu vasculaires; ils crient sous le scalpel et ne donnent au grattage qu'une quantité minime de suc transparent; point de suc blanc cancéreux, et, même dans les portions centrales jaunâtres, il n'y a point de foyers ramollis.

« L'étude qu'en ont faite MM. Renaut et Malassez au laboratoire du Collège de France confirme pleinement l'idée émise par M. Duguet au moment de l'autopsie, à savoir qu'il s'agit là de tumeurs fibro-plastiques développées primitivement, selon toute vraisemblance, dans les ganglions mésentériques. »

Malgré l'absence de description histologique la haute compétence de MM. Malassez et Renaut suffit pour faire admettre qu'il s'agissait bien dans ce cas d'un sarcome vrai des ganglions.

Tels sont les rares exemples de sarcome ganglionnaire primitif que nous ayons pu recueillir et encore ne se présentent-ils pas tous avec la rigueur désirable; peut être il en existe d'autres dans la littérature étrangère, mais le défaut de documents ne nous a permis d'en prendre connaissance. Tenter une étude complète de cette affection avec de si faibles ressources serait œuvre téméraire, aussi le simple but de cette note est-il d'affirmer l'existence du sarcome primitivement localisé dans les ganglions lymphatiques, se généralisant rapidement et donnant lieu à des productions similaires dans divers organes.

Cette lésion qui par son allure clinique se rapproche de certains lymphadénomes malins, à évolution précipitée mérite d'en être différenciée par ses caractères histologiques; pour éviter toute confusion il y aurait lieu de renoncer à cette désignation vicieuse de lympho-sarcome qui implique, pour la tumeur visée, une nature qu'elle ne comporte pas. En réalité le lympho-sarcome appartient naturellement au groupe des lymphadénomes; le nom de sarcome doit être réservé aux néoplasies ganglionnaires qui reproduisent le type anatomique connu du sarcome.

Coulommiers. — Imprimerie Paul Brodard.